

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

147
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Philippe SOBEL

Né le 27 Novembre 1906 à Sanok (Pologne)

Externe des Hôpitaux de Paris

Lauréat des Hôpitaux

CANCER DE L'OREILLE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1933

THESE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Philippe SOBEL

Né le 27 Novembre 1906 à Sanok (Pologne)

Externe des Hôpitaux de Paris

Lauréat des Hôpitaux

CANCER DE L'OREILLE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1933

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST
Physiologie.	Léon BINET
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	MARION.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LÈREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.	LENORMANT.
	CUNEO.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE
	HOVELACQUE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROCCQ. Pathologie chirurgicale
 BRULE. Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. . . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 ECALLE. Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale
 GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HALPHEN. Oto-rhino-Laryng.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HUGUENIN. Anatomie pathologique
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON. Hygiène.

MM.

LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . . . Pathologie médicale.
 Oto - rhino - laryngologie.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE. Pathologie chirurgicale
 Histologie.
 OBERLING. Anatomie pathologique
 OLIVIER. Anatomie.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUENU. Pathologie chirurgicale
 RICHET. Physiologie.
 SANNIE. Chimie biologique.
 SEZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIEM. Pathologie expérimentale.
 VALLERY-RADOT
 (Fasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. . . . Parasitologie.

MM.

RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI.Clinique médicale.
 CHIRAY.Clinique médicale.
 DU VOIR.Clinique médicale.
 BASSET.Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU.Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER. . . .Clinique chirurgicale.

MM.
 MOCQUOT.Clinique chirurgicale.
 PROUST.Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ.Clinique chirurgicale.
 LE LORIER.Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL.Clinique obstétricale.
 METZGER.Clinique obstétricale.
 GUENIOT — —

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de notre amour filial

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE Pr. F. LEMAITRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE
OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a fait le grand honneur de présider
cette thèse en reconnaissance pour l'ensei-
gnement lumineux que nous avons trouvé
dans son service.

A MONSIEUR AUBIN
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
DES HOPITAUX

A MM. MADURO ET RÉMY-NÉRIS
CHEFS DE CLINIQUE

A MONSIEUR ARDOUIN
CHEF DE LABORATOIRE

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ

STAGE

Pt SERGENT
Pt HARTMANN
Pt LENORMANT
Pt MARCEL LABBÉ
Pt LERREBOULET

EXTERNAT

D^r LAUNAY
D^r HALPHEN
D^r DUPUY-DUTEMPS
D^r AUBRY
Pt LEMAITRE

HISTORIQUE

La véritable histoire des tumeurs malignes de l'oreille ne commence qu'assez tard. Car, nous n'avons pas le droit de considérer comme telles les affections qu'on a étiquetées du nom de cancer, mais qui manquent de l'unique preuve scientifique sous forme : d'un examen histologique. Il existe donc une longue période préhistologique pendant laquelle furent publiés quelques travaux, mais sans autre importance que celle d'attirer l'attention sur le cancer de l'oreille. Ainsi Treillet rapporte dans sa thèse de 1882 un cas observé par Campbell en 1834 que cet auteur considère comme un cancer du pavillon de l'oreille. Kramer cite en 1838 dans son traité d'otologie le cas de Fischer mais ici encore il ne pouvait avoir de preuve histologique. De même les auteurs comme Sydow publient déjà en 1862 dans les « *Kinderkrankheiten* » une observation qui nous fait présumer qu'il s'agissait de sarcome de l'oreille moyenne. Trois ans plus tard la symptomatologie du cancer de l'oreille s'enrichit des belles observations de Velpeau dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1865. Dans le même journal en 1869, nous trouvons une forte et intéressante contribution de Demarquay. Sedillot s'intéresse à la question et inspire la thèse citée de Treillet. A la même époque apparaissent les tra-

vaux de Bouisson de Montpellier qui se préoccupe surtout du traitement chirurgical.

La publication d'un cas de cancer de l'oreille moyenne avec preuve histologique à l'appui de Schwartz en 1875, marque le début de l'ère histologique. Depuis, le nombre des publications augmente. Citons d'abord celles de Rasmussen et Schmiegelow qui datent de la même époque, les thèses de Lafargue (1879) de Treillet (1882) sur le cancer de l'oreille. L'intérêt suscité pour cette affection paraît grandir. On multiplie les observations, comme celles de Gruber, Zaufal, Lucae, Kuhn, on apporte des statistiques comme Burkner et Bezold. Le premier sarcome observé en France est publié en 1894 par Menière. Dans les autres pays on ne reste pas en retard. L'année 1896 voit apparaître les travaux de Kirchner et Milligan, l'année 1898 ceux de Cheatle, Ficano et dès le début de notre siècle jusqu'à 1914 nos connaissances s'enrichissent des observations de Leitz, Oppikofer, Botella, Gebrovsky, Lendler, Brazzone, Calamida, Nurnberg, Nicolaï, Urbanich, Brindel, Döderlein, Ramurez, Santalo pour ne citer que les principaux auteurs. En 1913, apparaît le premier travail d'ensemble de Cuvilier. La guerre note pour quelque temps un temps d'arrêt. Après la tourmente on reprend la question sous tous ses aspects et à côté des travaux sur l'épithélioma on laisse une large part aux sarcomes. Nous citerons la publication de Porte et de la Torne de 1920, la thèse de Bertoin, les observations de Covili Faggioli, de Friendenwald et Kemler de Vitolo, la statistique de Junod de 1922, enfin la thèse de Vaudier en 1922. En 1926, apparaît l'observation de notre Maître Halphen sur un cas de sarcomes de l'oreille moyenne en 1928 l'article de Retrouvez sur l'ensemble de la question.

FREQUENCE

Le cancer de l'oreille est une affection rare. On trouve à peine sa mention dans les traités classiques. D'après les statistiques modernes on aurait tendance à fixer approximativement le chiffre à 0,3 /000 qui équivaut à un cancéreux sur 3.000 malades environ qui consultent pour une affection de l'oreille.

Parmi les tumeurs malignes la première place revient à l'épithélioma du pavillon et du conduit. L'oreille moyenne paye un tribut beaucoup moins lourd car le nombre total observé jusqu'à présent ne doit guère dépasser environ 70 cas. Parmi ces derniers, les sarcomes paraissent aussi nombreux que les épithéliomas.

Quant au cancer de l'oreille interne, cette affection est rarissime et peu connue d'ailleurs

ETIOLOGIE

Les causes premières du cancer gardent toujours leur mystère. Nous ne pouvons guère nous occuper que de causes secondaires qui par leur répétition ont pu mériter le nom des causes favorisantes.

L'AGE.

L'épithélioma et surtout celui du pavillon préfère l'âge mûr et frappe en majorité l'homme au-dessus de 50 ans. Bruzzzone a rapporté un cas observé chez une fillette de 8 ans, mais le fait est unique. Le sarcome au contraire apparaît avec prédilection chez les sujets jeunes. L'adulte, mais aussi l'enfant jeune de 5-12 ans sont les plus éprouvés. On a observé plusieurs cas au-dessous d'un an.

LE SEXE.

Les femmes échappent plus facilement au cancer de l'oreille. Ainsi Vandier cite sur 59 observations, 11 cas seulement survenant chez la femme. Retrouvez dans sa statistique de la clinique de Bordeaux note 3 femmes sur 14 cas observés. Faut-il attribuer la plus grande fréquence chez les hommes à leurs travaux qui les prédisposent aux irritations locales ?

LA PROFESSION.

En effet, le rôle joué par la profession paraît plus net. Dans la majorité des cas on trouve des cultivateurs, des manœuvres. Il est probable que l'action irritative des rayons solaires ne soit pas un facteur négligeable, surtout en ce qui concerne l'oreille externe.

L'HÉRÉDITÉ.

Les hypothèses émises sur la transmission héréditaire du cancer ont été plus ou moins sceptiquement accueillies par le corps médical. Néanmoins on cite plusieurs cas de cancer familial.

Pour ne parler que du cancer de l'oreille nous rapportons les observations de Vigne et Assada à la Société Médicale des Bouches-du-Rhône. Il s'agit d'une famille dont les membres hommes représentent depuis quatre générations un cancer de l'oreille gauche. Ainsi l'arrière grand-père, âgé de 95 ans, le père à 85 ans, le sujet à 76 ans, son oncle à 95 ans ont tous été victimes du même mal.

LA RACE.

Mêmes inconnues concernant les races. Mais nous avons été frappés par une fréquence relativement plus grande des cancers de l'oreille en Angleterre. Ainsi, le Dr Maxwell à la Société anglaise d'otologie cite 15 cas sur 6605 affections de l'oreille moyenne ce qui correspond approximativement à 3 cas sur mille tandis que sur le continent la relation était de 1 cas sur 3000.

CAUSES LOCALES

Leur influence néfaste et prédisposante est de toute évidence. Pour le cancer du pavillon il est rare que le sujet ne soit pas atteint préalablement d'une dermatose sous forme d'eczéma, psoriasis, de lupus. Nous retrouvons souvent des engelures comme par exemple dans notre observation. Le rôle du traumatisme est aussi important. Pour le conduit et l'oreille moyenne le facteur prédisposant est avant tout l'otorrhée chronique. C'est l'infection chronique, l'écoulement désespérant mal soigné ou impossible à tarir qui mène à l'épithélioma. Mais une remarque s'impose. Il existe des cas incontestés d'épithélioma et surtout de sarcome dans lesquels malgré toute investigation on ne trouve nulle trace d'irritation locale et pour lesquels la sagacité du clinicien doit être vigilante pour ne pas passer à côté d'un cancer que rien ne laissait prévoir.

CLASSIFICATION :

La base de classification est purement anatomique et histologique. Ainsi nous étudierons d'abord les tumeurs malignes de l'oreille externe en insistant sur les détails symptomatologiques qui différencient le cancer du pavillon du cancer du conduit puis nous passerons en revue les deux types de tumeur de l'oreille moyenne, l'épithélioma et le sarcome et nous finirons par une mention des tumeurs de l'oreille interne.

CANCER DE L'OREILLE EXTERNE

Le cancer du pavillon a le premier attiré l'attention des cliniciens. C'est encore lui qui est le plus fréquemment observé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Son siège de prédilection est l'hélix ; puis dans l'ordre de décroissance de fréquence la conque, aussi bien sur la face antérieure que sur la face post. et le tragus. Le plus rare serait le cancer du lobule et du conduit. Macroscopiquement il s'agit soit d'une ulcération, la forme la plus fréquente, soit d'une tumeur végétante. L'aspect d'infiltration néoplasique qui va évoluer vers une de deux formes précédentes est rarement réalisé. La forme fissuraire (Vandier) se rattache à la forme ulcéreuse.

Au début, la peau est souvent seule intéressée sauf dans le cas de localisation sur le lobule où la tumeur se forme dans le tissu sous cellulaire. Le cartilage n'est pris que secondairement, il est rare qu'on observe une infiltration soudant en un tout le cartilage et la peau en même temps.

La propagation se fait lentement par contiguïté le plus souvent. Une lésion débutant dans le sillon rétroauricu-

laire s'étend sur la zone mastoïdienne, celle du tragus et de la conque aura une tendance particulière à suivre le conduit. Le cancer du conduit envahit de préférence l'oreille moyenne et réalise le tableau que nous retrouvons en étudiant l'épithélioma de la caisse.

L'examen histologique nous montre les trois sortes de tumeurs mais si l'épithélioma est rencontré dans la majorité des cas, les sarcomes et les carcinomes sont plutôt rares. Parmi les épithéliomas la forme dominante est le type spinocellulaire, caractérisé par la présence des globes cornés. La forme basocellulaire est plus rare.

SYMPTOMATOLOGIE

Pavillon. Début : Les signes physiques apparaissent presque toujours les premiers. Il n'y a donc pas lieu d'étudier les signes fonctionnels avant. Trois modes de début sont à noter :

a) La forme ulcéreuse s'observe surtout sur les parties saillantes et de préférence sur l'hélix. Dans un premier stade c'est une verrue ou une plaque de petites dimensions, souvent infiltrée et surélevée. L'ulcération se forme dans un assez bref délai et attire l'attention du malade. Souvent, il existe depuis longtemps une plaque croûteuse d'un eczéma, d'une plaie ancienne, d'un psoriasis sur lequel va se greffer l'ulcération cancéreuse. Elle est petite au début, souvent ronde ou allongée, fissuraire. Sa surface est inégale, de couleur jaune-grisâtre, sa base est indurée.

Bientôt une sérosité louche, souvent teintée du sang, re-

couvre l'ulcération complétant le tableau d'ulcération cancéreuse.

b) La forme végétante est aussi fréquente. Elle s'observe surtout sur la conque. Au début on ne compte que quelques saillies d'épiderme qui lentement gagnent du terrain. Une masse se forme, composée des bourgeons multiples séparés par des sillons peu profonds, le tout recouvert par une croûte. Spontanément ou par compression on peut faire sourdre une sanie jaunâtre. La base est dure, infiltrée.

c) Ce caractère est rarement rencontré isolément. En effet, l'infiltration cancéreuse étendue, sans ulcère et sans bourgeons est rare. Elle siège de préférence dans le tissu sous-cutané du lobule. C'est une petite induration qu'on sent sous le doigt. Son accroissement progressif peut lui donner le volume assez important, d'une noix, par exemple. Particularité intéressante à noter : la peau reste longtemps mobile et ce n'est que tardivement qu'elle devient rouge, violacée et prise à son tour.

Les signes fonctionnels viennent tardivement. C'est un picotement qui gagne progressivement d'intensité et devient une douleur aiguë, lancinante. L'état général du malade se maintient longtemps et n'est point mauvais.

Période d'état.

Une ulcération caractéristique se retrouve toujours à ce stade quel que soit le mode de début. Une surface anfractueuse, saignante recouverte de sanie fétide qui souvent se dessèche et forme une croûte, entourée des bords indurés, rouges, taillés à pic, parfois œdémateux et éversés, une base indurée forment les caractères habituels de

lésion cancéreuse. L'infection surtout streptocoque s'y surajoute, les hémorragies font leur apparition. Peu abondantes elles recidivent fréquemment. La douleur gagne en intensité et durée. Elle devient intolérable avec des irradiations multiples, banissant souvent le sommeil.

L'état général en ressent les répercussions, mais il est encore bon et le malade à ce stade bénéficie pleinement la plupart du temps de l'intervention.

Conduit. Le début se manifeste par des signes fonctionnels souvent fortement accusés. L'obturation du conduit se complique d'une diminution de l'ouïe qui inquiète le malade. Les douleurs constantes dans cette variété prennent souvent une grande intensité. Les irradiations se font souvent vers l'articulation temporo-maxillaire et provoquent une gêne de mastication. Parfois elles se propagent de la mastoïde, vers le cou. Un signe important s'y ajoute c'est la paralysie faciale de type périphérique.

Signes physiques : la tumeur prend soit la forme des granulations qu'on aperçoit adhérentes à une des parois du conduit, post de préférence. Ces granulations saignent facilement au contact. Parfois la tumeur prend l'aspect d'un polype et tout à fait exceptionnellement elle est sous-épidermique, soulevant la paroi du conduit comme une exostose ou un chondrome, égarant par son aspect le diagnostic.

Période d'état : La marche progressive de la tumeur se fait vers des ulcérations multiples avec hémorragies, sécrétion de sanie fétide. Souvent le malade accuse une réaction du voisinage, sous forme d'un œdème rouge du conduit.

La participation de la caisse est alors fréquente ; c'est suivant Cuvillier la règle. L'évolution ultérieure alors prend l'allure d'une tumeur de la caisse donnant lieu aux mêmes complications et aux mêmes propagations.

COMPLICATION

Les complications peuvent être réparties en deux groupes suivant l'extension de la lésion sur place ou à distance auxquels il faut ajouter les deux périls qu'encourt toute lésion cancéreuse : l'infection et l'hémorragie.

Pavillon.

I. Propagation. Dès que l'ulcération est constituée, elle manifeste une tendance à envahir les régions voisines soit en arrière soit en avant. Cette propagation en surface est peu importante et n'a pas la gravité de celle qui se fait en profondeur. Ainsi en surface elle peut gagner parfois de grandes étendues, mutilant la joue, le cuir chevelu. On a même décrit des formes cervicales qui deviennent secondairement pharyngées. On peut alors observer des compressions des branches du trijumeau, du pneumogastrique, une paralysie du récurrent. En profondeur la lésion se propage vers le conduit osseux et nous assistons alors à l'évolution analogue à celle d'une lésion siégeant primitivement sur le conduit.

Conduit. — Dans cette localisation, le siège imprime à la maladie un développement particulier. Le voisinage de l'articulation temporo-maxillaire fait que le sujet ressent très

rapidement des douleurs et une gêne dans la mastication. La paroi post n'est pas épargnée. Souvent envahie, ainsi que la paroi ant. qui généralement résiste aux processus nécrosants habituels d'un cholesteatome par exemple, s'effondre laissant facile la prise de la caisse. Cette prise est souvent rapide surtout quand la tumeur débute dans le conduit osseux. Les os du voisinage, le temporal, le frontal, le sphénoïde payent souvent leur lourd tribut au cancer. L'évolution naturelle se poursuit alors par contiguité vers la dure-mère, le sinus ou la carotide interne. Ces organes envahis résistent peu de temps. Une hémorragie mortelle peut alors rapidement emporter le malade.

II. Les métastases forment le second groupe de complications. Les métastases ganglionnaires existent mais ne sont pas constantes. Les métastases au niveau d'autres organes sont rares et tardives mais d'une gravité incontestable.

III. Les hémorragies sont souvent peu abondantes, au début où elles font partie du tableau symptomatique. Par leur répétition elles provoquent à la longue une anémie, mais celle-ci est longtemps peu accusée. Nous avons parlé de l'hémorragie brusque et mortelle consécutive à une atteinte d'un grand vaisseau de la base du crâne.

IV. L'infection est la compagne inévitable des vastes ulcérations et fournit un élément de haute gravité. Le streptocoque est souvent virulent et peut donner à plusieurs reprises des dermites fort douloureuses. Les autres microbes trouvant un milieu de culture foisonnent. La fièvre s'allume, l'état général décline rapidement et la gravité de la lésion est fortement accrue.

PRONOSTIC

Le pronostic dépend de plusieurs facteurs. L'évolution est en général lente au début. On cite des cas qui ont évolué plusieurs années (20 ans dans un cas de Reudot) mais à un certain moment, sous l'influence de facteurs mal définis, irritation, essai d'ablation, cautérisation, la tumeur change d'allure et aboutit rapidement à une forte destruction.

A côté de ces formes lentes il faut citer les cas d'une évolution rapide. Ainsi un cas de Sedillot où en 3 semaines le pavillon était presque entièrement détruit.

La propagation est le second facteur d'importance capitale. Aussi longtemps que l'os est épargné le pronostic reste bon. Une fois le conduit envahi la thérapeutique devient plus difficile et elle échoue malheureusement dans un nombre de cas assez important.

La nature histologique a son importance. Ainsi les sarcomes se comportent avec une malignité évidente. Tandis que les épithéliomas se développent avec une grande lenteur.

Le siège règle en partie aussi le pronostic. Les cancers du pavillon sont moins dangereux que ceux qui siègent dans le conduit car les propagations se font alors plus rapidement en dedans. L'état général est longtemps conservé. Son déclin est de mauvais augure. De même l'âge avancé du malade constitue un facteur peu favorable.

La précocité d'intervention prime tous les autres éléments du pronostic. Un cancer du pavillon pris au début a toutes les chances de guérir. Le cancer du conduit comporte,

par le siège une gravité plus grande mais cède aussi au traitement si le malade a été vu à un stade où l'extension était limitée. Nous voyons donc l'importance capitale pour l'avenir du malade d'établir le plus tôt le diagnostic exact de la lésion.

DIAGNOSTIC

Nous avons passé en revue au chapitre de la symptomatologie les principaux signes d'une tumeur maligne du pavillon et du conduit. Nous avons remarqué l'importance capitale qui s'attache à l'établissement du tableau des signes physiques, car une tumeur du pavillon même assez développée ne s'accompagne guère de bruyants signes fonctionnels. Une ulcération, rarement une tumeur avec les caractères habituels d'une lésion cancéreuse, une évolution progressive et constante, des complications plus alarmantes sous forme d'hémorragies, tels sont les éléments qui doivent faire suspecter le néoplasme.

Nous voulons maintenant attirer l'attention sur un moyen d'investigation dont l'importance n'échappe plus à personne, la biopsie. Mais, il y a là une cause d'erreur dont il faut bien se souvenir. C'est qu'une biopsie peut donner des résultats négatifs, soit que le prélèvement ait été effectué à la périphérie de la lésion, soit qu'il était trop parcimonieux. Parfois seule la coupe de la tumeur entièrement enlevée permet rétrospectivement de confirmer le diagnostic. Néanmoins, la biopsie doit être pratiquée en présence de chaque lésion suspecte, quitte à intervenir si les suspicions

cliniques trouvent leurs confirmations ou à refaire la biopsie au cas d'un résultat négatif. Poser le diagnostic précocement c'est permettre au chirurgien un plein succès. Voyons maintenant les affections qui pourraient prêter à une erreur de diagnostic.

A la période de début : nous éliminerons les simples crevasses consécutives à une engelure dont l'évolution est différente, l'ulcération post-traumatique qui a pour elle l'anamnèse.

L'eczéma aiguë se distingue par l'aspect des petites vésicules parsemant une peau rouge recouverte d'une sérosité et des fines croûtes. L'eczéma chronique se reconnaît à ses squames blanchâtres recouvrant une peau épaissie mais non indurée et que nous retrouvons sur les autres parties du corps.

La crasse de vieillards croûteuse est facile à distinguer.

La forme tumorale se distingue beaucoup plus aisément surtout à une période avancée. Car, au début, il est souvent difficile, sinon impossible, de dire si telle verrue ne va pas dégénérer par la suite. On éliminera l'othématome, la plupart du temps dû à un traumatisme connu d'un siège particulier donnant du sang ou du sérum à la ponction. De même, un kyste sébacé indolore et mobile, des malformations congénitales comme les fibro-chondromes d'origine branchiale ou les kystes dermoïdes ne retiendront pas notre attention. Ces tumeurs sont extrêmement rares et leur évolution nulle. Pourtant une métaplasie cancéreuse est toujours à craindre et devant tout signe alarmant il faut les enlever largement. Les angiomes, limités à un point du pavillon, ont une consistance molle, une tendance hé-

morragique remarquable qui les différencient facilement. Les fibromes consécutifs au port des boucles d'oreilles ont un siège profond dans le lobule et ne s'accroissent pas. Les lymphadenomes, l'éléphantiasis sont des raretés.

A la période d'état nous passerons vite sur les plaies infectées des kystes sebacés ouverts à la peau, l'actinomycose. L'ulcération syphilitique est surtout une manifestation du tertiairisme. L'accident primeur est exceptionnel. Les antécédants, la réaction sérologique, le traitement d'épreuve irrégulier, il est formé d'une multitude de petites exubérances et de petites ulcérations séparées par des intervalles de peau saine. L'inoculation du cobaye, et l'examen histologique sont à faire pour donner parfois la certitude.

Plus difficile seront à éliminer les affections du conduit auditif. Cependant on saura distinguer les exostoses du conduit. Parmi les autres signalons les tumeurs bénignes et particulièrement les papillomes qui peuvent prêter à la confusion, mais une fois enlevés ils ne récidivent pas et sont reconnus facilement à l'examen histologique.

Enfin, certaines lésions syphilitiques du conduit, à la période secondaire surtout, sont à écarter. Syphilides ulcéro-croûteuses et condylomes forment des tumeurs molles, verruqueuses parfois assez volumineuses, ulcérées et douloureuses mais elles s'accompagnent d'autres signes concomitants de la syphilis secondaire.

Il nous reste à la fin à envisager les tumeurs malignes de l'oreille moyenne. Il s'agit d'un diagnostic de siège que nous traiterons amplement au chapitre de ces tumeurs.

TRAITEMENT

Les procédés employés ont été très différents suivant l'auteur :

a) On a eu recours autrefois aux agents chimiques comme le chlorate de potasse, acide phénique, alun, acide azotique et sulfurique, acide arsenieux.

C'est ce dernier qui a acquis une assez grande réputation. Il peut avoir ses indications dans les cas de petits épithéliomas qui ont été curetés ou détruits au cautère. Mais dès que l'épithélioma a une extension plus grande ou une évolution rapide, il vaut mieux recourir à l'acte chirurgical. L'application de la pâte à 1/10 d'acide arsenieux est assez douloureuse et provoque une réaction locale qui rétrocede en quelques jours.

b) Les agents physiques ont souvent les mêmes indications que le précédent. C'est dire que leur emploi sera restreint à des cas manifestement circonscrits. Les contre-indications concernent les cas à évolution rapide à grande étendue. La règle la plus importante consiste à circonscrire largement et en tissu sain la tumeur. Dans cet ordre d'idées on a employé le galvanooou termo-cautère. Le cryo-cautère de Lortat, Jacob appliqué sous forte pression de 1 kil. à 1 kil. 1/2 a donné de bons résultats dans les petites tumeurs. Souvent les séances doivent être répétées. La durée de chaque application est de 20 à 60 secondes. L'arme moderne par excellence est la diathermie. Moyen facile à appliquer, ne donnant que peu d'hémorragie entraînant par la suite des cicatrices assez souples, n'a qu'un seul grand in-

convénient. C'est d'être une méthode lente nécessitant plusieurs séances à intervalles assez espacés, 15 jours en moyenne. L'anesthésie sera locale ou générale. On a basé un grand espoir sur les R X et le radium. Mais les cancers du pavillon sont spino-cellulaires en général, donc en pratique fortement radio-resistants. Leur emploi n'est donc indiqué que dans les cas baso-cellulaires radiosensibles ; comme palliatif quand l'exérèse chirurgicale n'a plus de chance de réussir. ou comme traitement ajouté à l'exérèse. Le traitement de choix reste donc chirurgical.

L'épithélioma, est, en effet, facilement abordable et extirpable.

En cas de non opérabilité par suite de propagation, enlever le maximum et faire des R X sur le reste et les ganglions. En cas de non opérabilité à cause du mauvais état général et de la trop grande étendue du cancer, radiothérapie palliative.

D'après Vaudier, on opère en deux temps : Exérèse d'abord, la plastique après. L'ablation se fait souvent à l'anesthésie locale. La grande étendue du mal nécessite l'anesthésie générale. Avec le bistouri on circonscrit la tumeur en tissu sain et c'est là le principe fondamental de la chirurgie du cancer. Le second point principal concerne les ganglions. Forgue est partisan d'une intervention large comprenant non seulement les ganglions parotidiens et mastoïdiens mais encore les muscles sterno-cléido-mastoïdien dans leur *partie haute*. Il enlève en un bloc parotide, pavillon et muscles avec les ganglions de la chaîne jugulaire. Maucclair indique une intervention moins large comprenant les ganglions parotidiens et les ganglions mastoïdiens en descen-

dant assez bas pour curetter les ganglions de la chaîne jugulaire. Le grand inconvénient de l'ablation de la parotide est la paralysie faciale. Mais si les ganglions ne paraissent pas pris, on évitera une si large résection en se contentant d'enlever complètement la tumeur.

La plastique constitue le second temps. Mais dès le début il faut savoir qu'elle est souvent impossible ou peu utile. Car après l'ablation du pavillon entier seule l'autoplastie peut accuser un certain gain et encore peu important. A l'opposé les cas de tumeurs circonscrites au bord de l'hélix peuvent être réparés immédiatement en rapprochant les bords d'une plaie résultant de la résection cunéiforme. Au lobule il suffit souvent de tailler au-dessous un lambeau cervical et rabattre vers le haut ou encore prendre ce lambeau latéralement. Tixier a préconisé l'incision de forme étoilée résultant d'une nouvelle taille, partant des bords de la première incision cunéiforme. Pour la conque on prend un lambeau soit temporal, soit mastoïdien, suivant les règles habituelles de la plastique faciale.

Nous serons brefs sur l'association radium-chirurgie. Son indication est tirée de la gravité et de l'extension de la tumeur. Après une excision aussi grande que possible on fixe 3-4 aiguilles suivant besoin. Certains auteurs comme Bruzzoni considèrent la radiothérapie comme adjuvant indispensable dans chaque cas.

En résumé le traitement chirurgical reste toujours le traitement de choix. Y joindre la curie-thérapie si la tumeur a dépassé les limites d'opérabilité. Les moyens physiques et chimiques seront, réservés uniquement pour les néoplasmes petits, limités à évolution lente.

TUMEURS DE L'OREILLE MOYENNE

FRÉQUENCE.

Les néoplasmes de l'oreille moyenne ne sont pas fréquents. Junod indique 6 cas sur 45.000 malades observés à la clinique de Bâle. Muller de Berne a trouvé un cas sur 3365 autopsies. Secoulitch a observé un cas sur 53.000. Heyman indique le même chiffre approximativement.

La division des tumeurs malignes de l'oreille moyenne — y compris la mastoïde — est de l'ordre purement histologique. En effet, le néoplasme peut être à point de départ épithélial et donner les épithéliomas ou il peut être conjonctif et donner les sarcomes. Les sièges primitifs sont très difficiles à définir, car, il est le plus souvent impossible de saisir le moment où la tumeur débute.

ÉPITHÉLIOMA

Étiologie. Les données d'âge sont presque les mêmes que pour l'épithélioma de l'oreille externe. La vingtaine entre 40-60 ans a leur préférence. Mais parfois l'âge du malade peut descendre au dessous de la moyenne et on a observé des malades de 8 ans et 15 ans. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence. De même la profession.

Les lésions locales au contraire exercent une influence

réelle. Il s'agit presque toujours de sujets qui présentent une otorrhée chronique soignée par des médicaments souvent irritants ou des sujets qui ont subi des interventions plus ou moins bénignes comme l'ablation des polypes. Néanmoins malgré leur rareté on a observé des cas greffés sur une oreille saine auparavant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

L'aspect macroscopique est celui d'épithélioma en général. Une petite tumeur rougeâtre qui se transforme progressivement en une masse végétante.

Au microscope : la présence des globes cornés nous révèle un épithélioma spino-cellulaire. Le fait étonne par le contraste avec la structure habituelle des cavités auditives qui elles sont revêtues de tissu épithélial cylindrique. On trouve dans la littérature pour l'expliquer plusieurs hypothèses. Est-ce une inclusion embryonnaire, comme le pensait Seroni ? Est-ce une invasion de la caisse par l'épithélium cutané du conduit, comme le croyait Cuvillier à la suite de Bezold et Haberman, de Oppikoffer et Junod ; Retrouvez admet une autre hypothèse de Seroni. Il s'agirait de métaplasie tissulaire telle que la muqueuse cylindrique deviendrait épithéliale sous l'influence de suppuration prolongée, comme on l'a observé au niveau des autres muqueuses. Mais cette hypothèse n'explique pas les cas d'épithéliomas observés sur une oreille saine, ni le cas de Bruzzoni par exemple, ou contrairement à ce que nous voyons habituellement, l'épithélioma était du type basocellulaire. L'explication exacte manque et ne sort guère du domaine des hypothèses.

SYMPTOMATOLOGIE

Au premier plan du tableau symptomatique il faut placer avant tout la douleur. Parfois c'est l'unique symptôme qui attire l'attention. Rarement on a pu noter son absence du fait d'une évolution insidieuse. Mais même dans ce cas après la période de début elle ne manque jamais. Son intensité atteint souvent un très haut degré. Continue, avec exacerbations intermittentes elle devient bientôt intolérable, nécessitant parfois la morphine. De son siège à l'oreille elle irradie soit dans le hémicrane correspondant, soit en se dirigeant en bas dans le cou. Spontanée elle s'exagère à la palpation ou la percussion. Les malades accusent en même temps soit des bourdonnements à tonalité grave soit des sifflements, des tintements. Mais souvent les bruits subjectifs manquent aussi bien que les vertiges qui font leur apparition plus tard.

Hypoacousie unilatérale qui aboutit progressivement à la surdité attire moins l'attention car les malades ayant eu une suppuration chronique de l'oreille ne se plaignent pas d'un phénomène quasi habituel depuis l'enfance. La surdité est de type d'oreille moyenne. Elle est complète quand la tumeur maligne envahit l'oreille interne.

Une paralysie faciale périphérique du côté atteint est presque de règle. Nous la retrouverons aux complications mais cette complication à la valeur d'un symptôme. Car elle existe dans une otite banale sans infection générale (diphthérie, scarlatine) ou une intoxication endogène (diabète) et sa présence doit faire soupçonner une tuberculose ou un can-

cer. Ce symptôme peut parfois précéder la douleur et devenir ainsi le seul signe alarmant le malade.

Signes objectifs :

Au début, la caisse est déjà remplie de fongosités, de granulations rosâtres accompagnées d'écoulement sanieux suintant. Leur nombre plus ou moins grand, la présence du sang dans l'écoulement sont importants à noter. Il n'est pas rare, en effet, qu'une otorrhagie se fasse soit spontanément soit après exploration au stylet. Il est primordial de faire le plus tôt possible un prélèvement qu'il faut même répéter au besoin. Car, si par hasard la réponse du laboratoire est incertaine ou contraste avec le tableau clinique, il ne faut pas se contenter d'une seule biopsie et même de s'en passer car c'est la clinique seule qui permet parfois de poser le diagnostic et d'appeler la sanction opératoire.

A un stade plus avancé si on ne trouve à l'otoscopie qu'un conduit rétréci avec une tuméfaction concomitante d'une mastoïde douloureuse la confusion peut se faire avec une simple mastoïdité. Plus souvent le conduit est rempli au contraire des fongosités. Leur ablation n'est guère qu'illusoire et bientôt après on les revoit plus abondantes et plus volumineuses.

Signes généraux.

Ils sont plus précoces que dans le cancer de l'oreille externe. L'évolution plus rapide mène plus vite à une cachexie. Les malades perdent du poids, passent souvent des nuits blanches à causer des douleurs, s'anémient et tombent dans l'asthénie profonde.

COMPLICATIONS

Comme chaque tumeur maligne, le cancer de l'oreille crée des métastases et envahit en progressant, les tissus environnants. L'extension de la tumeur est habituellement assez rapide. Pour comprendre les méfaits qui en résultent il faut se rappeler l'anatomie de la caisse de l'oreille.

a) En avant : Le rapport principal est fourni par la carotide interne. Son atteinte se traduit par des petites hémorragies surtout. Exceptionnellement on a vu se produire une hémorragie foudroyante. En avant et en bas, la trompe a pu servir parfois comme chemin conduisant la tumeur vers les fosses nasales.

b) En arrière : La paroi post. de la caisse est prise, en règle générale, presque toujours. La mastoïde est transformée en masse fongueuse, grisâtre ou rouge. Nous avons vu que parfois il peut se faire une extériorisation vers la peau. Le sinus n'est pas épargné et son envahissement se traduit par des hémorragies ou une thrombose ;

c) En dehors : Le conduit, l'articulation temporo-maxillaire et la parotide payent leur tribut à la tumeur, d'où gêne et douleurs de mastication allant même jusqu'au trismus. Parfois l'extériorisation se fait à la peau qui s'ulcère.

d) En haut : le toit de la caisse forme une mince lamelle osseuse qui est rapidement et facilement effondrée par la tumeur. La réaction de la dure-mère se traduit par son épaississement, rarement par une réaction méningée. La compression du cerveau par épithélioma donne les signes habituels de tumeurs intracrâniennes.

e) En dedans : le labyrinthe et le nerf facial. Nous avons vu que leurs réactions fournissent des symptômes habituels de tumeurs. Les vertiges, les nystagnus, les troubles d'équilibre traduisent la participation du labyrinthe qui peut enfin subir une destruction et mettre la tumeur en contact avec les méninges voisines de la face interne du rocher.

LES MÉTASTASES.

Les métastases lymphatiques se manifestent par une adénopathie cervicale supérieure parotidienne et mastoïdienne. Les ganglions sont difficiles à dépister au début. Mais au fur et à mesure de l'évolution ils acquièrent parfois un volume considérable qui amène une déformation et des compressions des organes cervicaux.

Évolution et pronostic : ils sont dictés par les complications. L'évolution est en général rapide. La survie ne dépasse guère un à deux ans. Rares sont les cas où un arrêt d'évolution se put maintenir au delà de deux ans. Le malade, est emporté soit par cachexie néoplasique, soit par méningite ou hémorragie mortelle.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif du cancer de l'oreille moyenne peut être très difficile au début. Il est même de règle qu'il soit reconnu à une époque avancée de son évolution, c'est alors l'envahissement de la région voisine avec ses symptômes alarmants qui attirent l'attention. L'écoulement sanieux, les douleurs, la paralysie faciale, la cachexie rapide feront

penser à un néoplasme. Pour mesurer l'étendue de destruction vers le labyrinthe les procédés maintenant classiques de l'épreuve rotatoire et calorique sont à effectuer. Ne pas conclure trop hâtivement à une destruction vestibuleuse. Si à l'épreuve calorique nous ne recevons pas de réponse nystagmique contrôler toujours par l'épreuve rotatoire, car les masses néoplasiques interposées pourront constituer un coussinet protecteur contre l'action thermique et ainsi fausser le résultat. La radiographie n'est qu'un moyen adjuvant qui cède le pas à la clinique. La destruction osseuse pourra se manifester sur les clichés si l'on a pris soin de radiographier les deux côtés pour pouvoir apprécier la différence des images. Le diagnostic différentiel n'est à faire qu'avec les granulations de la caisse, les polypes, le cholesteatomes, la tuberculose. Les polypes simples, inflammatoires sont souvent d'un diagnostic difficile. Mais l'inflammation dicte une autre allure générale. L'aspect est franchement rouge. On ne note pas de suintement fétide si les soins locaux sont pris régulièrement. L'évolution surtout tranchera, car sous le masque des polypes, il peut y avoir un néoplasme qui se développe ce qui explique les récurrences après chaque ablation amenant des troubles labyrinthiques, une paralysie faciale.

Le cholesteatome rappelle l'histoire des épith. par sa suppuration prolongée mais son aspect et l'examen histologique l'écartent.

La tuberculose primitive de l'oreille rare se distingue par la pâleur des fongosités, l'absence des hémorragies et de la douleur. Il faut y penser car elle peut envahir la mastoïde donner une paralysie faciale et ainsi égarer le diagnostic.

L'inoculation au cobaye avec un résultat positif lève les doutes.

La syphilis peut créer dans sa période secondaire des fongosités mais les antécédents, la sérologie et les autres signes concomitants permettront de l'affirmer.

Le sarcome de l'oreille moyenne frappe des sujets jeunes avec une évolution beaucoup plus rapide comme nous le verrons au chapitre suivant.

Le moyen le plus sûr reste toujours la biopsie. Il faut la répéter car un premier résultat négatif n'implique pas toujours l'absence d'épithélioma. Il faut la faire assez profonde et assez large pour qu'elle englobe les tissus néoplasiques et non pas les tissus de réaction inflammatoire qui entourent le cancer.

TRAITEMENT

On trouve dans les anciens traités et travaux des conseils d'un traitement purement médical. On préconise surtout des attouchements avec des caustiques comme le chlorure de zinc, nitrate d'argent. Lucae rapporte un cas d'épithélioma à globes cornés qui avait récidivé après chaque tentative opératoire, tandis que l'application de poudre d'alumine et de sabine amena la cessation des douleurs, l'arrêt de croissance de la tumeur et finalement la guérison complète. Mais ce cas constitue une exception. En principe on doit autant que possible tenter l'opération. Mais souvent les limites du cancer sont trop étendues et l'on ne peut satisfaire à la règle chirurgicale qui veut qu'en matière de can-

cers on dépasse largement l'étendue du mal. On pratiquera une sorte d'évidement petro-mastoïdien en ayant soin d'exciser tout ce qui paraît suspect et tailler dans le tissu sain. L'association chirurgie-radiothérapie rendra service s'il persiste des doutes sur l'efficacité de l'intervention non radicale. La radio-thérapie et la curie-thérapie ont donné quelques succès. Mais nous connaissons le peu d'action des rayons sur les épithéliomas spino-cellulaires. On emploiera donc la radiothérapie profonde dans tous les cas désespérés ou dans les cas où un examen histologique montre un tissu de réceptivité naturelle envers les rayons. Les rayons seront projetés verticalement du côté atteint et on complètera la cure en projetant latéralement une quantité dosée au moins à 5.000 R. du côté sain de façon à atteindre la base de mastoïde malade en faisant passer les rayons entre la mastoïde saine et la colonne cervicale. Si on a recours à la curie-thérapie je citerai le procédé de Jean Guizez et Paul Richez. Ces auteurs ayant à traiter un épithélioma spino-cellulaire appliquèrent 2 ctgr. 5 du radium-élément au fond de la cavité d'évidement et des autres plaques externes sur la région sous auriculaire. Les tubes restent en place 27 heures. Cette première application est suivie de trois autres. La seconde a lieu 2 jours 1/2 après la première et dure 24 heures, la troisième trois jours après et dure 23 heures, la quatrième 23 jours après la troisième et dure 23 heures aussi. Le résultat contrôlé 6 mois après a paru satisfaisant. Nous ne pouvons objecter à cette thérapeutique que le renouvellement d'application du radium qui paraît peu souhaitable aux radio-thérapeutes qui préfèrent appliquer en une seule fois la dose nécessaire

pour éviter les méfaits du rayonnement sur les tissus sains.

Nous possédons donc des armes contre le cancer. Mais là, comme ailleurs, en matière de tumeurs malignes, le seul résultat thérapeutique appréciable ne peut être obtenu que si l'on intervient tôt, très précocement.

SARCOMES DE L'OREILLE MOYENNE

FRÉQUENCE :

Les sarcomes primitifs constituent une affection extrêmement rare (Botella, 1 cas sur 14.000 malades, Haberman 1 sur 15000). Age : Blau affirmait à tort que le sarcome était l'apanage du nourrisson de moins d'un an ; en réalité des cas ont été observés chez les vieillards (70 ans))(Junod). Cependant c'est une affection des enfants et adolescents, car 2/3 de cas observés concernent l'âge de 2 à 12 ans.

Causes favorisantes : Parfois on relève un traumatisme, une atteinte inflammatoire de l'oreille, mais en majorité les sarcomes peuvent apparaître chez des individus qui n'ont présenté aucun symptôme auriculaire anormal, ce qui contraste avec l'épithélioma.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le point de départ est extrêmement difficile à préciser car le diagnostic est tardivement posé. Mais il paraît qu'en règle générale c'est aux dépens de la muqueuse ou du périoste de la caisse que la tumeur se forme. Schwarz situait le point de départ dans le revêtement dure-mérien au con-

tact de l'os. Blau attribuait les sarcomes des nourrissons aux inclusions et malformations embryonnaires.

Aspect macroscopique. Le volume de la tumeur atteint parfois les dimensions d'un poing ou d'une tête de fœtus. La consistance est variable selon la variété du tissu conjonctif. Parfois même la même pièce présente des zones dures et des parties molles. Les contours sont multilobés, avec des prolongements multiples s'étendant dans des directions différentes.

L'aspect de la tumeur à la coupe est blanc-jaunâtre avec des plaies hémorragiques ou des foyers de nécrose. A la pression elle laisse échapper un suc blanchâtre.

Le potentiel d'extension d'un sarcome est toujours extrêmement marqué. Pour ne pas nous répéter, nous gardons cette partie d'exposition pour le chapitre de la symptomatologie, car des symptômes variés indiquent l'envahissement des organes.

L'ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

Il faut faire une remarque préliminaire concernant la biopsie. Celle-ci est pratiquée tardivement car en général c'est à une époque éloignée qu'on remarque la tumeur, ce qui peut parfois induire en erreur. Faite à la périphérie de la tumeur elle peut enfermer simplement des éléments inflammatoires surajoutés, sans qu'on puisse en déduire la matière de la tumeur.

La précision manque parfois aussi du fait de variétés atypiques qui sont entremêlés dans la même tumeur. Mais dans la majorité des cas on a pu différencier les éléments pour pouvoir les rattacher à des groupes connus. Ainsi

dans les cas de Doderlein, du Christinec, de Faggiöli, de Junod, il s'agissait de sarcomes fuso-cellulaires caractérisés par la présence des fibro-blastes, cellules allongées, à protoplasme effilé, noyau fusiforme, se groupant par faisceaux orientés autour d'un vaisseau central en formant des spirales. On relève le même nombre concernant les lymphocytomes ou sarcomes à cellules rondes remarquables par leur grande abondance (cas de Christinnec, Junod et Hartman). Les osteosarcomes sont plus rares que les variétés précédentes. Ils contiennent des myeloplaxes grandes cellules à noyaux multiples.

Les angio-sarcomes, formés par le développement excessif des vaisseaux de toute nature ont été surtout observés chez l'adulte. Ils dérivent probablement d'angiomes primitifs de la caisse ou du tympan. Les myxosarcomes forment des tumeurs gélatineuses montrant en coupe quelques cellules fusiformes noyées dans une substance intersticielle, lâche et très étendue (1 cas de Kuhn concerne un enfant d'un an, un autre cas de Milligan concerne un adulte de 18 ans).

Les sarcomes myélogènes ont été décrits par Kurchner, par Hang et Hegener. Leur point de départ constitue probablement un *noevus pigmentaire*.

Enfin dans un cas d'Achard sur une coupe faite et examinée par M. Ardoin, le chef de laboratoire de la clinique oto-rhino-laryngologique, on a pu constater la présence de cellules très allongées, fusiformes à double striation, appartenant probablement à un rhabdomyome.

SYMPTOMATOLOGIE

Elle diffère beaucoup de celle d'épithélioma. Il y a encore ici deux phases à distinguer. Dans la première période le sarcome reste cantonné dans l'oreille moyenne. Pendant la seconde la symptomatologie traduit l'expansion du néoplasme en dehors et quelquefois en dedans.

Le début qui marque la première période échappe souvent au clinicien. Car généralement l'otorrhée manque et le malade n'est vu que tardivement. Mais schématiquement on peut grouper les symptômes en deux classes, en se souvenant que le tableau est rarement au complet. Ainsi, parmi les signes fonctionnels nous placerons en premier lieu l'otorrhagie. Ce signe assez fréquent alarme souvent la famille quand sans cause apparente, l'oreille d'un enfant est le siège d'une hémorragie. Celle-ci de courte durée, mais venant à répétition d'une façon capricieuse est un des meilleurs signes de début.

L'acuité auditive diminue du côté atteint progressivement et inexorablement, passe inaperçue pendant un temps, et devient manifeste par son accentuation même chez les tout petits enfants.

L'otalgie peut former souvent le premier signe. Douleur lancinante de l'oreille avec des irradiations, parfois une douleur mastoïdienne avec légère tuméfaction de la mastoïde égare le diagnostic et fait penser à une mastoïdite. La tumeur n'est alors qu'une trouvaille opératoire.

Les signes physiques de la première période sont rarement au complet. A l'examen on peut parfois déceler des

granulations et des polypes de la caisse en cas d'une large perforation tympanique due à une otorrhée, mais le cas est rare : souvent le tympan ne présente rien d'anormal. Dans d'autres cas il peut être repoussé en avant et prendre une teinte bleuâtre ou très foncée (Halphen), en même temps qu'on note une disparition des repères habituels.

L'examen auditif doit être pratiqué, si l'âge du malade permet de tirer des conclusions. On observe alors une diminution de la valeur acoustique du type de surdité de transmission avec Rinné négatif et le Weber latéralisé du côté malade... L'examen labyrinthique à cette phase montrerait l'intégrité de l'oreille interne.

L'état général n'est pas altéré et ce n'est que dans la seconde phase de maladie que la déchéance générale de l'organisme se joindra à la destruction locale

La deuxième phase ou la période d'état, est surtout marquée par la marche extensive et progressive du sarcome, ce qui le différencie de l'épithélioma, doué d'une évolution plus lente...

En dehors, c'est la destruction du tympan et du conduit qui se remplit d'une masse dure et bourgeonnante. Les otorrhagies peuvent se produire plus abondamment en même temps qu'un écoulement purulent et fétide s'installe. Dans la région mastoïdienne la tumeur soulève la peau, décolle le pavillon et s'extériorise en dehors. En envahissant aussi la région parotidienne en avant elle forme une grande masse bourgeonnante d'un volume pouvant atteindre les dimensions d'une tête de nouveau-né (obs. d'Achard). L'articulation temporo-maxillaire y participe et traduit sa souffrance par un trismus et une gêne masticatoire. Les

fosses zygomatique et, temporale sont comblées, changeant de tout en tout l'aspect de la région.

En dedans l'atteinte labyrinthique se traduit par une surdité des vertiges, du nystagmus des troubles d'équilibre. La pointe du rocher peut être atteinte à son tour ce qui provoque souvent les névralgies du trijumeau, hypéresthésie et anesthésie des territoires de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur.

En avant, la tumeur longe souvent la trompe d'Eustache pour pénétrer dans le nasopharynx et donne des épistaxis et de la gêne respiratoire. Elle s'insinue par la fente sphénoïdale dans la cavité orbitaire en déterminant de l'exophtalmie avec paralysie des divers muscles de l'œil.

En arrière et en haut, la tumeur touche le cerveau donnant des phénomènes de compression ou de destruction. Ainsi les 4 dernières paires crâniennes traduisent souvent leur atteinte soit par les différents syndromes combinés (de Vernet, Collet, Sicard) soit par des paralysies isolées comme celle du glosso-pharyngé, la plus fréquente, caractérisée par des troubles de déglutition soit du pneumogastrique ce qui explique la toux, des changements du rythme cardiaque, soit enfin la paralysie du nerf spinal avec torticollis. Si à ce tableau nous ajoutons les signes de la compression intracrânienne comme la céphalée, les vomissements, troubles du rythme cardiaque nous obtenons une symptomatologie riche et variée qui démontre amplement les méfaits de la tumeur. L'examen physique ne fait que le confirmer et permet de déceler les localisations auriculaire et pharyngée

Un examen complet ophtalmologique renseigne sur l'at-

teinte cérébrale montrant une stase papillaire, des ophtalmoplegies, des hemianopsies, heterogènes dues à la compression du chiasma ou de la bandelette optique. On comprend aisément la répercussion de telle lésion sur l'état général. La cachexie cancéreuse s'installe dans un temps relativement court et mène rapidement le malade vers la mort.

Le pronostic est donc très sombre. On peut dire fatal chez l'enfant et la durée de la maladie n'excède guère 1 an, si le malade n'est pas emporté plutôt par une hémorragie foudroyante ou une atteinte méningée.

Oppikofer a publié une observation dans laquelle le sujet survit 18 mois, mais le cas est unique. Quelques cas de guérison au prix de grandes mutilations ont pu être enregistrés chez l'adulte (Santalo, Friedenwald). Chez lui un élément entre en ligne de compte c'est la nature histologique de la tumeur. Les angio-sarcomes paraissent en effet plus faciles à détruire (Botella) et jouissent d'un pronostic meilleur.

FORMES CLINIQUES

On peut différencier les sarcomes par leur début, car s'il y a : *a*) des sarcomes à début insidieux, lent, faisant suite à une otorrhée chronique (assez rares). il existe : *b*) des sarcomes à début rapide avec premier symptôme qui par lui-même est déjà alarmant, comme la paralysie faciale, surprenant un individu en bonne santé apparente ou comme une forme simulant une oto-mastoïdite aiguë par ses caractères cliniques.

Un second groupe pourrait être classé, suivant l'origine du sarcome. Mais il faut alors considérer les sarcomes dès leur début, car c'est seulement à ce moment qu'une indication précise peut être tirée de la situation de la tumeur. Ainsi nous distinguons :

a) Les sarcomes de la caisse s'accompagnant soit d'un écoulement soit d'une surdité dès le début ;

b) Sarcomes de la mastoïde où le début paraît se faire en arrière de l'oreille, donnant secondairement les signes d'atteinte de l'appareil de transmission des sons.

c) Il faut faire une place aux formes difficiles à situer anatomiquement. Celles qui paraissent donner d'emblée des signes d'envahissement de la caisse et de la mastoïde. Théoriquement on croirait qu'elles naissent dans l'aditus, mais ceci n'a pu être confirmé par une observation.

Nous avons vu la division des sarcomes au point de vue histologique au chapitre d'anatomie pathologique.

DIAGNOSTIC

Si l'on est désarmé en face d'une maladie incurable, ceci n'est pas seulement l'effet de l'imperfection de nos moyens thérapeutiques mais encore la conséquence d'un diagnostic tardif, réalisé la plupart du temps sur la table d'opération. L'affection est si rare, son allure souvent si insidieuse qu'on demande tardivement, l'avis du spécialiste. Son attention doit être éveillée, et en présence d'une otorragie, d'une paralysie faciale inopinée survenant chez un sujet très jeune, l'existence d'un sarcome doit être prise en considération.

a) En effet, avant l'extériorisation d'un sarcome notre conduite dépend de l'existence de granulations dans la caisse. Si la muqueuse prolifère abondamment nous nous trouvons devant le même problème qu'a posé le diagnostic d'épithélioma, c'est-à-dire que nous éliminerons les polypes, résultant d'inflammation subaiguë banale, soit de la tuberculose ou de la syphilis. Nous savons que l'épithélioma se rencontre surtout chez des sujets âgés, atteints d'otorrhée chez lesquels l'évolution est comparativement longue, s'accompagnant d'adénopathie.

En dernier lieu la biopsie bien faite, donne la clé de l'énigme. Le cholesteatome produit en sa faveur l'histoire d'un long écoulement, la présence, parfois observée, des lamelles nacrées et brillantes dans l'eau du lavage de l'oreille. Les cas sans granulations de la caisse nous donnent moins de difficultés. Ainsi devant un tympan modifié dans sa couleur, nous éliminerons le tympan bleu, image bleuâtre de la membrane en raison d'une saillie anormale du golfe de la jugulaire ; disposition congénitale n'amenant ni troubles fonctionnels ni troubles généraux.

A discuter le diagnostic d'une otomastoïdité aiguë qu'il faut savoir distinguer par température élevée (qui n'est pourtant pas constante), par un empatement de la peau sans crépitations d'un sarcome, l'évolution plus nettement inflammatoire.

b) A la période d'extension de la tumeur nous passerons sous silence le diagnostic de l'ostéome de la mastoïde, sans aucune gravité et nous retiendrons toutes les tumeurs qui donnent les signes de compression intracrânienne.

Ce sont les tumeurs de l'acoustique, des gliomes, des glio-

fibromes, des glio-sarcomes, des osteomes syphilitiques qui déterminent à côté des signes habituels de compression intracrânienne, la paralysie du facial, de l'auditif, du trijumeau. L'absence de tout signe auriculaire, la radio très utile montre une intégrité de la mastoïde et permet d'éliminer le sarcome qui donne une image de perte de substance osseuse. Enfin, la nature et l'origine de certaines tumeurs malignes indiqueront les métastases par contiguité des sarcomes venus de régions avoisinantes de la parotide, du maxillaire supérieur du sphénoïde. Parmi ces tumeurs, le chlorome simule particulièrement un sarcome d'oreille, c'est une tumeur maligne de nature conjonctive à point de départ osseux, pétueux en général, qui secondairement peut occuper la caisse. Cette affection est bilatérale et s'accompagne d'un syndrome leucémique aigu qui permet d'élucider sa nature.

TRAITEMENT

La thérapeutique du sarcome est décevante. Elle est basée sur la chirurgie et les agents physiques. Mais sur tous les cas de sarcome publiés on ne retrouve que 3 observations de guérison. Et c'est à l'exérèse qu'on les doit (Bottella, Ramirez, Santalo, Friedenwald et Kemler). Les 3 cas concernent les adultes qu'on a opérés probablement dès le début de l'affection. Un évidemment large pratiqué avant l'apparition des signes d'envahissement paraît l'unique planche du salut.

Les agents physiques sous forme de rayons X ou ra-

dium ont été employés mais on ne cite pas un cas de guérison. On peut les associer à la chirurgie et on doit considérer l'association curie-thérapie et chirurgie comme notre meilleure arme, car leur action palliative est toujours très nette.

Contre l'infection, pansements réguliers. Appliquer un traitement général pour soutenir l'organisme en déchéance.

CANCER DE L'OREILLE INTERNE

Les renseignements sur cette variété de tumeurs malignes de l'oreille manquent presque complètement. L'autopsie qui seule pourrait donner une solution est impuissante de démontrer l'origine de la tumeur car à un stade avancé de la maladie, l'oreille moyenne participe aux vastes destructions déterminées par le cancer. Certains auteurs ont décrit des sarcomes nés aux dépens de la dure-mère comme tumeur de l'oreille interne. Ces cas mis à part on trouve dans la littérature des observations de Kuhn et Politzer.

Il y a très peu à dire sur leur étiologie car on l'ignore complètement. Les cas observés ont été rencontrés à tout âge.

Leurs symptômes sont dictés par la situation de la tumeur et son envahissement. Des douleurs intenses, profondes sont parfois les premières à être notées. Leur violence peut au moment de paroxysme atteindre le sommet de la souffrance humaine. Des bourdonnements, des vertiges, une surdité à type d'appareil de réception renseignent sur leur siège labyrinthique. Bientôt les stades de localisation stricte au labyrinthe passés nous trouvons tous les signes d'une tumeur développée dans le crâne. La marche progressive est attestée par les paralysies des nerfs

craniens que la tumeur trouve sur son chemin. On observe ainsi la paralysie des dernières paires avec toutes les variations symptomatologiques, souvent l'atteinte simultanée de plusieurs nerfs.

L'évolution est dictée par la rapidité des destructions endocraniennes. Les complications à craindre sont celles d'un sarcome de la caisse propagé au labyrinthe. Et de ce fait la mort survient assez rapidement. Le pronostic est donc fatal.

Le diagnostic est établi avec de très grandes difficultés. On pensera le plus souvent à une tumeur de la base du crâne et on soupçonnera la localisation par des signes particuliers d'atteinte labyrinthique. Donc, l'examen neurologique très soigné peut seul fournir l'éclaircissement nécessaire. Nous avons parlé des chloromes à propos des sarcomes de la caisse. On essaiera de gagner la certitude par l'examen du sang confirmé par le tableau infectieux qui accompagne la leucémie aiguë.

Le traitement est, hélas, incapable d'apporter le moindre succès. La chirurgie est impuissante. Il ne reste qu'un traitement palliatif par les rayons X et le traitement symptomatique de la douleur.

OBSERVATIONS

EPITHELIOMA DU PAVILLON

(SERVICE DE M. LE PR. LEMAITRE).

Lucien G..., homme de 73 ans, entre le 4 novembre 1931 dans le service pour une tuméfaction du pavillon de l'oreille droite.

Le malade l'attribue à une engelure qu'il aurait présenté 5 ans auparavant. Mais, malgré les soins de son médecin l'œdème n'est point disparu et au contraire depuis quelques mois des douleurs lancinantes ont fait leur apparition ainsi que des petites hémorragies dont le renouvellement le décide à consulter.

A son entrée, on note une apparence robuste. D'ailleurs l'homme qui est manœuvre n'a jamais cessé son travail. Son poids n'a point fléchi et si ce n'était la tuméfaction douloureuse et saignante de l'oreille, il n'aurait aucun sujet de se plaindre.

En inspectant la tumeur on note une déformation très accentuée de la conque qui est comblée par une tumeur et plaquée contre la mastoïde. Les sillons de l'oreille sont infiltrés et recouverts de croûtes jaunâtres. En soulevant l'une d'elles dans la région de l'anthelix on découvre une ulcé-

ration longitudinale à bords irréguliers. Le stylet provoque facilement une hémorragie et donne au contact la sensation d'un cartilage dénudé.

A la palpation on apprécie une forte induration de toute la région tuméfiée. On ne sent pas d'adénopathie pretragienne.

Le conduit et les fosses nasales paraissent intacts. On note l'absence presque complète des dents. Quelques plaques de leucoplasie sur la joue gauche.

On pratique une biopsie sans anesthésie locale. Le fragment prélevé examiné ne montre pas de lésion cancéreuse.

Une nouvelle biopsie faite 13 jours après, n'est guère plus concluante et penche vers un papillome corné.

L'état local n'ayant point chargé on décide une intervention (Dr Rémy-Néris). Anesthésie générale au chloroforme. Abrasions de tout le pavillon au-delà des lésions, en tissu sain dans toutes les directions. On explore le conduit externe qui paraît normal et on prélève une partie pour examen histologique. Pas de suture, pansement compressif.

Les suites opératoires sont normales. Le malade sort 6 jours après l'intervention.

Le pavillon enlevé est examiné. On trouve un épithélioma spino-cellulaire manifeste.

Le fragment de la paroi du conduit paraît au microscope indemne.

EPITHELIOMA DU CONDUIT

(BROUGHTON-BARNES)

Une femme de 86 ans est soignée depuis 6 semaines pour une dermite du conduit. Elle présente un écoulement peu abondant et une douleur qui s'accroît depuis 3 semaines.

Au spéculum on remarque une tuméfaction et rétrécissement du conduit. La sécrétion est prélevée pour examen bactériologique. La culture révèle la présence du staphylocoque doré. On se contente donc du traitement habituel des otites externes qu'on applique pendant 3 semaines sans autre résultat qu'une régression légère de la tuméfaction. Ce n'est qu'à ce moment qu'on découvre l'existence d'un nodule dans la partie profonde de la paroi post.

La granulation examinée révèle un épithélioma typique. La malade ayant refusé l'intervention on a recours à la radium-thérapie. Une aiguille contenant 1,3 mmgr. d'élément radioactif suffisamment filtré est laissée en place pendant 10 jours. L'aiguille est mal tolérée et nécessite des injections de morphine. Bon résultat. On note la disparition du nodule. L'audition est conservée. La malade est revue 2 ans 1/2 après, bien portante.

EPITHELIOMA PRIMITIF DE L'OREILLE MOYENNE

(GUISEZ ET RICHEZ)

Mme M..., âgée de 64 ans vient consulter pour une otorrhée chronique datant de plusieurs années. Depuis quel-

que temps une céphalée tenace et continuelle et des douleurs lancinantes siégeant dans l'apophyse mastoïde l'obligeant à consulter un chirurgien. A l'examen on constate l'atrésie du conduit et des douleurs mastoïdiennes au palper. Après une observations de 5 jours, on décide une intervention. La trépanation découvre une mastoïde en bouillie. On ne pratique pas d'exérèse large. Pas d'amélioration après, au contraire les douleurs redoublent. Un évidemment fait 1 mois après la trépanation, n'amène qu'une faible diminution des douleurs, qui reprennent d'ailleurs avec plus de violence. La cavité opératoire ne se comble pas. Des nombreux bourgeons charnus, saignant facilement tapissent la plaie. 1 mois après l'intervention, apparition d'une paralysie faciale, d'emblée complète, oriente le diagnostic vers la tumeur maligne. Avec une curette on enlève un bourgeon et on le fait examiner au microscope. Le diagnostic histologique apporte la confirmation en révélant un épithélioma malpighien spino-cellulaire avec un stroma-conjonctif infiltré de cellules lymphoplasmatiques. On essaie la radium-thérapie. Deux tubes en catouchouc métallique 2 1/2 ctgr. du radium-élément sont introduits au fond de la plaie. On place en même temps 2 plaques externes sur la région sous-auriculaire qui est empâtée et douloureuse. On laisse en place 27 heures. 1 mois 1/2 après une nouvelle application de 24 heures qu'on renouvelle 3 jours et 23 jours après pour une durée de 23 heures à chaque application. Dès la 2^e application les douleurs disparaissent, la plaie ne saigne plus, les bourgeons sont détruits. Seule la paralysie faciale persiste. La malade revue 6 mois après jouit d'un bon état.

SARCOMÉ DE L'OREILLE MOYENNE

Service de M. le Pr. agrégé HALPHEN.

Un enfant de 11 ans consulte en 1924, le Pr. Collet pour une surdité qui a débuté 3 ans auparavant. Malgré les soins habituels l'audition se perdait progressivement. Arrivé à Paris en 1926 les parents décident de consulter à la Pitié. A l'examen M. le Pr. Halphen constate, qu'une masse bleutée repousse le tympan dans le cadran postéro-inférieur. Pour éliminer la présence d'une saillie de jugulaire, on fait une ponction qui ne retire pas de sang mais une sérosité. La partie postérieure de la mastoïde est tuméfiée.

Les épreuves auditives concluent à une surdité de caisse. L'épreuve de Rinne est négative, celle de Weber est latéralisée du côté droit. Dans les antécédents on ne relève ni bourdonnements ni vertiges. Les radiographies de deux mastoïdes montrent du côté sain des cellules normales assez grandes. Du côté malade on trouve une tache sombre (sur le positif) estompant les détails d'architecture normale.

Il s'agit donc d'une tumeur siégeant en dedans du tympan et ayant envahi l'aditus ad antrum. On pense au sarcome de l'oreille moyenne.

Trois jours après le premier examen, apparaissent quelques troubles visuels.

*EPITHELIOMA DU PAVILLON DE
L'OREILLE*

(Service de M. le Pr. LEMAITRE)

T. P..., âgée de 52 ans, ménagère ; entrée le 21 septembre pour une tumeur développée au niveau du lobule et de la partie inférieure de la conque. Ce n'est qu'au mois de mars de la même année que la malade constate pour la 1^{re} fois la présence d'un « bouton » au niveau du lobule de l'oreille droite. Cette petite tumeur évoluait lentement sans douleur jusqu'au mois de mai ; à ce moment, d'autres bourgeons sont apparus à côté de la tumeur primitive. Rapidement, une quinzaine de jours avant son entrée, la tumeur a pris un développement brusque et elle atteint au moment de l'examen le volume d'un œuf. On est frappé par l'aspect bourgeonnant et sphacélé de la tumeur qui saigne au moindre contact. Dans les antécédents, on relève l'existence d'un lupus qui remonte à 20 ans. L'opération pratiquée par M. le Pr. Halphen consistait à faire l'ablation de toute la masse néoplasique et du pavillon jusqu'au ras du conduit cartilagineux. La parotide est dénudée et une partie des lobules envahis par la tuméfaction est enlevée également. On essaie un rapprochement au moyen de 2 incisions supérieure et postérieure, mais on laisse une partie, grande comme la paume de la main, non recouverte de peau que l'on panse au tulle gras. Une mèche est introduite dans le conduit.

Les suites opératoires sont normales. Les pansements viennent au bout d'une suppuration de la plaie qui se ferme

complètement 3 mois après l'opération. La malade revient un an après présentant un excellent état général et local.

EPITHELIOMA DU PAVILLON

(Service de M. le Pr. LEMAITRE)

Mme G. L..., âgée de 79 ans, femme de ménage, présente depuis 3 mois une tumeur située sur la conque du pavillon de l'oreille droite. Une dizaine de jours avant son entrée, la tumeur a augmenté de volume et s'est ulcérée donnant issu à une sécrétion fétide. Les hémorragies sont facilement provoquées par une exploration au stylet. A l'intervention sous anesthésie locale M. le Dr Aubin pratique une excision cunéiforme du néoplasme. Suture aux fils de crin. Réunion par première intention. La malade sort complètement guérie 10 jours après.

EPITHELIOMA DU PAVILLON DE L'OREILLE

(Service de M^r le Pr. LEMAITRE)

M. M. R..., âgé de 43 ans, chauffeur, entré dans le service pour une récurrence d'un épithélioma du pavillon. Il y a 2 ans, le malade a subi une cautérisation chimique d'un épithélioma, situé à la partie intérieure du tragus sans résultat appréciable, car l'ulcération a envahi depuis progressivement presque toute la moitié antérieure du pavillon, détruisant le tragus, la conque et soudant la partie haute de l'hélix à la peau de région temporale. L'aspect bourgeonnant, les hémorragies font penser à un épithélioma qui a

envahi en outre la peau en avant du conduit auditif. La partie profonde du conduit auditif paraît intacte. Pas d'adénopathie sous angulo-maxillaire ni carotidienne. La biopsie montre la nature spino-cellulaire de l'épithélioma. M. le Pr. Lemaître pratique une exérèse aussi large que possible. On commence par la loge temporale où le plan de clivage est facile à trouver ; on rabat alors la masse de haut en bas, en passant aussi bien en avant qu'en arrière dans le tissu sain. En bas on pénètre à la partie supérieure de la parotide. Le malade sort 15 jours après en bon état.

EPITHELIOMA DU PAVILLON

(Service de M. le Pr. LEMAITRE)

Mme D. F..., âgée de 79 ans présente depuis 5-6 ans une petite tumeur recouverte par une croûte au niveau de l'ante-hélix de l'oreille droite. Cette croûte saignait quand la malade essayait de l'enlever. Depuis quelques temps la tumeur a pris une extension progressive pour arriver à des dimensions qui dépassent, celles d'une pièce de 2 francs. L'aspect rouge, irrégulier, les hémorragies, font penser à l'épithélioma confirmé par biopsie. Pas de retentissement ganglionnaire. L'intervention (M le Pr Lemaître) sous anesthésie locale consiste à faire la résection de toute la masse en circonscrivant celle-ci à distance. On pratique la plastique immédiatement en suturant les téguments conservés. La malade fait une dizaine de jours après une chondrite qui cède aux pansements. Malheureusement 18 jours après l'intervention, la malade meurt à la suite d'une congestion pulmonaire.

EPITHELIOMA DE L'OREILLE EXTERNE

(Service de M. le Pr. LEMAITRE)

Mme B. L..., âgée de 58 ans, a noté 8 ans auparavant l'apparition d'un petit « bouton » de dimensions d'un grain de sable saignant facilement. Pendant toute la durée de l'évolution la malade se contentait de nettoyage à l'eau tiède. Inquiète par l'extension du mal elle entre dans le service où on constate que l'ulcération a envahi la plus grande partie du pavillon et même une partie du conduit auditif. La biopsie prouve la nature maligne de l'ulcération.

L'exérèse est faite très large au delà de la limite de la lésion. On est aussi amené à enlever la presque totalité du pavillon, dont il ne reste que la région du lobule. Abrasion du cartilage, telle que l'on puisse suturer l'une à l'autre des 2 lèvres de la tranche sur toute la longueur. Les suites opératoires sont normales, la malade sort 13 jours après l'intervention avec très bon état local.

EPITHELIOMA DE L'OREILLE EXTERNE

(Service de M. le Pr. LEMAITRE)

M. T. J..., 83 ans, cordonnier, entre le 21 décembre pour une tumeur du pavillon de l'oreille gauche. Les débuts remontent probablement à 10 ans, date à laquelle une petite tumeur indolore est apparue au niveau de la conque de l'oreille gauche. L'état est resté stationnaire, jusqu'à la fin de juillet de la même année. Depuis ce temps-là, la tumeur devient bourgeonnante, s'ulcère et saigne. A l'examen on

note la présence d'une tumeur irrégulière, ulcérée, sanieuse qui envahit tout le bord libre et la face postérieure de la conque de l'oreille gauche. A la palpation on sent l'induration. Pas de ganglions. Conduit normal. On pratique le 24 décembre l'exérèse de la masse. Le pavillon est enlevé presque entièrement sauf le lobule de l'oreille. On pratique une suture aux crins des lèvres de la plaie qui se ferme par première intention. Le malade sort le 31 décembre en bon état.

SARCOME DE L'OREILLE MOYENNE (BERTOIN)

Une fillette de 10 ans est prise subitement le 20 déc. 1919 de vomissements venant sans effort, en fusée. Les oreilles paraissent saines, on ne relève pas d'otite dans les antécédents. 15 jours après, apparition d'une paralysie faciale gauche et des douleurs qui deviennent progressivement très intenses. 4 mois après, à une otorrhée fétide, se joint une paralysie de moteur oculaire externe et du glosso-pharyngien. L'apparition d'une tumeur rétro-auriculaire oriente nettement le diagnostic vers la malignité. A l'intervention, on découvre du tissu mou néoplasique, une nécrose du rocher presque entier qu'on enlève. La biopsie de la pièce opératoire relève la nature sarcomateuse de la tumeur. On met en place deux tubes de radium, l'un dans la profondeur, l'autre à la surface de la cavité opératoire (78 mgr.). Le progrès de la tumeur n'est point arrêté. Elle gagne l'œil, la fosse nasale et elle emporte finalement

L'enfant au bout de 6 mois de l'évolution. A l'autopsie on constate l'envahissement de la moitié gauche de la cavité crânienne par une masse néoplasique énorme avec des prolongements en avant dans l'orbite, en arrière vers le trou occipital qu'elle déborde. Noyaux métastatiques dans les poumons et le foie.

SARCOME DE L'OREILLE MOYENNE
(ACHARD)

J. D..., 3 ans, est apporté à la consultation pour une paralysie faciale gauche apparue depuis sept jours. L'oreille gauche présente une otorrhée fétide depuis 1 an. Le 11 mai une mastoïdectomie fait découvrir la présence de fongosités abondantes dans l'antre. Une hémorragie violente due à une artère dure-mérienne fait remettre la suite de l'opération à 8 jours. On complète alors par évidemment pétromastoïdien. On note des hémorragies anormales. Les suites opératoires sont fâcheuses. Deux mois après l'intervention, la plaie n'est pas fermée. On opère et on tombe sur une grosse masse comblant toute la cavité opératoire, rongant la corticale, dure-mérienne cérébrale et cérébelleuse. Bien qu'on ait enlevé la totalité, en apparence, du néoplasme, le bourgeonnement n'est point arrêté et s'exteriorise en dehors. La mort survient dans le coma 5 mois 1/2 après l'apparition de la paralysie faciale.

La nature sarcomateuse de la tumeur est révélée par une coupe de la partie profonde de la tumeur enlevée à l'autopsie. Les 3 examens histologiques faits pendant la vie n'ont

point été affirmatifs. D'après le compte-rendu histologique (Dr Ardoin) il s'agissait d'un sarcome de type musculaire strié. On pourrait donc situer le point de départ dans la caisse, aux dépens des muscles striés du marteau ou de l'étrier.

CONCLUSIONS

I. Le cancer de l'oreille est une maladie rare, dont la gravité dépend de 2 éléments : le siège et la précocité du diagnostic et de la thérapeutique.

II. On ne trouve pas dans la littérature (sauf une thèse de 1913 de Cuvillier et un article de Retrouvez) un travail d'ensemble sur la question.

III. Il a été donc intéressant de combler cette lacune en apportant la bibliographie la plus complète.

IV. L'étude du cancer de l'oreille pose des questions intéressant le problème du cancer en général. Il existe des facteurs de race, de terrain d'irritation locale et de métastase comme par exemple la constatation que presque tous les épithéliomas de l'oreille moyenne sont pavimenteux, donc, d'une autre constitution que la muqueuse qui est cylindrique, pour rehausser l'importance de la question. D'après la nature histologique les sarcomes présentent un degré de malignité supérieure à celle des épithéliomas.

V. Le cancer le plus fréquent est le cancer du pavillon qui, en règle générale, est de pronostic favorable, car il présente une longue évolution qui permet au chirurgien d'opérer à temps.

VI. La précocité du diagnostic d'une tumeur maligne du conduit auditif externe est de la plus haute importance. Si le malade se présente de bonne heure quand il n'y a qu'une petite ulcération de la paroi du conduit, souvent recouverte d'une mince couche cornue, le traitement chirurgical est efficace.

VII. Si la caisse du tympan est envahie, un large évidemment petromastoïdien suivi d'application du radium peut donner la guérison, mais si toute la mastoïde et la peau qui la recouvre sont touchées une très vaste opération même suivie d'un traitement intensif par le radium ne laisse que peu d'espoir et l'issue fatale est presque de règle.

VIII. L'existence du cancer de l'oreille interne est discutée.

Vu le doyen,
BALTHAZARD.

Vu le président,
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD (J.). — *Sarcome de l'oreille moyenne chez l'enfant*, Thèse de Paris, 1929.
- Alexandre FRANTZ. — « Étude histologique des cancers de l'oreille externe », *Arch. of otol.*, octobre 1922.
- ALT. — « Un cylindrome de l'oreille », *Soc. austr. d'otol.*, 1904, in *Ann.*, 1900, p. 579.
- ARNOULD. — « Lymphatiques du conduit auditif externe », *Ann. d'anatomie pathol.*, déc. 1926.
- BACON. — « Sarcome pediculée du cond. aud. ext. (*Ann.*, 1901, p. 148).
- BARR. — « Transformation des polypes en sarcomes », (*Arch. de laryng.*, t. XVIII).
- BATISTA. — « Contribution à la connaissance de l'épithélioma baso-cellul de l'oreille », *Rinascenza medica*, 15 janv. 1929, p. 31).
- BEZOLD. — « Münch. Med. Woch. », 1903, in *Arch. int. de laryng.*, 1904, p. 296).
- BONNET. — *La melanose et les tumeurs malignes*, (Thèse, Lyon, 1911).
- BORDIER. — « Epithélioma de l'oreille traité par radium sans succès et guéri par diatermo-coagulation », (*Revue Med. Franc.*, déc. 1927, p. 733).
- BOTELLA. — « Sarcome de l'oreille moyenne », in *Arch. int. de laryng.*, 1908, p. 469.
- BOURGEOIS. — « Ostéome de la mastoïde », *Soc. de Laryng. des hôp., de Paris*, 1925, in *Ann.*, 1926, p. 1264.
- *Angiomes de l'oreille*, 1931, p. 871.
- BRINDEL. — « Tumeurs malignes de l'oreille simulant une otorrhée chron. », (Congrès franc. d'O.R.L. 1912 in *Ann.* 1912 p. 615.).
- BROUGHTON BARNES. — « Carcinome de l'oreille », *Soc. Roy. med. in Jour of laryng.*, mars 1930, p. 632 et sept., 1930, p. 646.
- BRUZZONE. — « Deux cas de tumeurs malignes de la région mastoïd. », (XII^e Congrès de la Soc. Ital., de laryng., 1908, in *Annales*, 1909, p. 457).
- « Épithélioma basal primitif au début », *Soc. Ital d'otol.*, 1911, in *Ann.* 1912, p. 76.
- « Considération sur 59 des tumeurs malignes de l'oreille », *Minerva Medica*, 2 juin 1929, p. 818.

- BERTOIN. — *Le sarcome du nocher* (Thèse, Lyon, 1921).
- CABOCHE. — Cancer epith. spino-cellulaire de l'oreille moyenne, I, (*Annales* 1922, p. 953.)
- CALAMIDA. — Sarcome primitif de l'oreille moyenne (XIII^e Cong. Soc. ital-de laryng., 1910, in *Ann.*, 1911, p. 354).
- BUIZARD. — « Grosse tumeur épithéliomateuse du lobule de l'oreille », *Bulletin de la Soc. de chir. de Paris*, 20 nov. 1925.
- BUSACHI. — « Cylindrome du conduit auditif externe », XXIII^e Congrès de la Soc. ital. de laryng., Rome, 1910, in *Ann.*, 1911, p. 354.
- CANUYT, TERRACOL, GOUBLOT. — « Epithelioma de l'oreille gauche », Soc. otoneuro-ocul., Strasbourg, 1924, in *Archives*, 1925, p. 457.
- CASTILLIANI. — *Endotheliome du lobule de l'oreille*, XV^e Congrès de la Soc. ital. de laryng., sept. 1912.
- CESBRON. — *Angiome du pavillon*, Thèse, Paris, 1909.
- CLEMINSON. — « Pièces anatomiques et coupes d'endothéliome de l'oreille », Royal Soc. of med. sect. of otology., 1925, in *Ann.*, 1925, p. 1205.
- COLLET. « Sarcome atypique de l'oreille », *Press. Méd.*, 31 juillet 1929, p. 998.
- COMPARED. — « Épithéliome de la caisse, consécutif à une otite purulente chronique », *El signo Medico*, 1903.
- COVILI FAGGIOLI. — « Fibro-sarcome de la dure-mère simulant une mastoïdité », Arch. ital. d'otologie, 1921, in *Archives int. de laryng.*, 1922.
- CHRISTINEC. — *Arch. für Ohrenheilkunde*, XVIII, p. 202.
— *Idem*, XX, p. 34.
- CUVILLIER. — *Le cancer de l'oreille*, Thèse de Paris, 1913.
- DARRICAU. — *Des angiomes et des noevi*, Thèse, Paris, 1912.
- DAN MCKENSIE. — « Epithelioma du conduit », *Soc. Royale of med.*, 17 octobre 1912.
- DODERLEIN. — « Deux cas de Sarcomes de l'oreille moyenne », *Arch. für Ohrenheilkunde*, t. xcii, 28 Aug. 1913.
- DUNDAS GRANT. — « Nœvus angiomateux du tympan », *Royal Soc. of med.*, nov.-déc. 1924, *Ann.*, 1925, p. 1086 et *J. of laryng.* sept. 1930.
- DUPAU. — *Cancer primitif de l'oreille moyenne*, Thèse, Paris. 1908.
- FRASER. — « Tumeur malignes du conduit aud. externe et de l'oreille moyenne », *Soc. Royale de Méd., Journal of laryng.*, p. 321.
- FERNANDEZ. « Un cas de cancroïde du conduit auditif, traité par le radium et guéri depuis 2 ans », (*Soc. belge d'O.R.L.*, in *Arch. Ind.*, 1926, p. 295).
- FERRERI. — « Épithelioma de la mastoïde », *Ann.*, 1922, p. 189.
- FISCHER. — « Tumeur sanguine du tympan », *Zeitsch. für Hals.*, t. V., n^o 3 in *Ann.*, 1924.
- FRIEDENWALD. et KEMLER. — « Sarcome de la mastoïde », *Ann. of Otol Rhin. et Ann.* 1922.

- GAUGNER. — « Cancer du pavillon, traité par la haute fréquence », *Ber Ohr. Verein*, 17 juin 1910.
- GEBROWSKI. — « Un cas de sarcome de l'oreille moyenne », *Gazeta lekarska*, 22 août 1908, *Ann.*, 1910, p. 597.
- GERBER. — « Trois cas de tumeurs de l'oreille », *Arch. of Otolaryng.*, xxxiii in *Ann.* 1907, p. 63.
- GORIS. — « Opération radicale du cancer de l'oreille externe », in *Ann.*, 1910, p. 59.
- GOMPRES. — « Un cas du cancer de l'oreille », *Soc. autr. d'otol.*, 20 avril 1927.
- GRUBER. — « Soc. autrich. d'otol », févr., 1899, in *Ann.*, 1900, p. 577.
- GUISEZ. — « Le cancer primitif de l'oreille moyenne », *Bulletin de O.R.L.*, sept. 1929, p. 163).
- GUTTIEREZ. — « Traitement de sarcomes par radiothérapie », *Semaine méd.*, 6 janvier 1927.
- HALPHEN et DJIROPOULOS. — « Epithelioma de l'oreille consécutif à un éviement petromastoïdien », *Ann.*, 1930, p. 618.
- HALPHEN. — « Sarcome de l'oreille moyenne », *Société de laryngologie des hôpitaux de Paris*, séance du 10 février 1926.
- HALPHEN. — « Tumeur kystique de la caisse du tympan », *Ann.*, 1926, p. 694.
- HARTMAN. — *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, VIII, p. 213.
- HANG. — « Osteome de l'ap. mastoïde. *Soc. d'O.R.L. de Munich*, juin, 1906, in *Ann.*, 1907).
- HENNEBERT. — « Un cas de cancer de l'oreille moyenne », *Journal belge du O.R.L.*, mai 1929, p. 319).
- HEYNIX. — « Exérèse d'un epithelioma baso-cellulaire de l'oreille externe et moyenne », *Soc. d'O.R.L. de Bruxelles*, in *Arch. Int.*, 1926, p. 183.
- HUISBERG. — « Tumeur du pavillon de l'oreille gauche », *Ann.*, 1922, p. 103.
- HORNICK. — « Hemangiome malin du lobule », *Soc. Tchecoslov. d'O.R.L.*, 1923, in *Ann.*, 1923, p. 916).
- HUNDEN FOD. — « Épithélioma du pavillon et du conduit », *Soc. Royal of méd.*, 17 oct. 1912.
- JANQUET. — « Épithélioma baso-cellulaire », *Soc. bruxell. d'O.R.L.*, 1924, in *Ann.*, 1925, p. 198).
- JOBSON. — « Un cancer du conduit guéri par radium », *Rev. de laryng.*, 1929, p. 135).
- JUNOT. — « Tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne », *Schweiz. med. Wochenschrift*, 1922, p. 500).
- KERANGAL. — « Un cas de pachyméningite végétante », *Congrès franc d'O.R.L.*, oct. 1924, *Ann.*, 1924, p. 1126.
- KIRCHNER. — « Cancer de l'oreille », v. *Congrès Int. d'Otol.*, in *Ann.*, 1896.

- KOENIG. — « Un epithelioma du conduit guéri par diatermo-coagulation », *Revue de laryng.*, 1929, p. 554.
- KUHN. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1881, n° 46.
- LEMAITRE et MADURO. — « Tumeur ponto-cérébelleuse », *Ann.*, 1927, p. 266.
- LEHMAN. — « Ablation du pavillon pour epithelioma », *Soc. berl. d'otol.*, 1912, in *Ann.*, 1913, p. 570.
- LEIDLER. — « Le cancer de l'oreille moyenne et les recherches modernes sur le cancer », *Ann.*, 1910, p. 71).
- LEROUX. — « Petite tumeur à la suite de boucles d'oreille », *Ann.*, déc. 1928.
- LOTTIGER. — « Épithelioma du pavillon guéri par le radium », *Arch.*, 1925, p. 331.
- « Epithelioma du pavillon avec tumeur rétro-auriculaire », *Soc. ecoss. d'ORL. in Ann.*, 1926, p. 644.
- LUCAE. — « Guérison radicale d'un cas de cancer primaire du conduit », *Ann.*, 1908, p. 608).
- LUTZ. — « Laryngoscope », août 1900, *Ann.*, 1902, p. 157.
- MAC LEOD JEARSLEY. — « Épithelioma du pavillon », *Soc. Royale de Med.*, 1906, in *Ann.*, 1907, p. 301.
- MACKENSIE. — « Fibrome du golfe de jugulaire ayant envahi l'oreille », *Laryngoscope*, 1928.
- MAHLER. — « Carcinome de l'oreille », *Arch. int. oct.*, 1906 et *Ann.*, 1907, p. 461.
- MALTEZ. — « A propos de guérison du cancer », *Lyon Chir.*, juillet, 1928.
- MARX. — « Carcinome et cholesteatome de l'oreille », *Ann.*, 1911, p. 118.
- MENIÈRE. — *Manuel d'otologie clinique*, 1875, p. 297).
- MILLIGAN. — « Tumeur maligne de la peau de l'apoplyse mastoïde », *Soc. Royale d'otol.*, 5 février 1906, in *Ann.*, 1907.
- MONTERRAT. — « Volumineuse corne du pavillon », *Presse. Med.*, 16 fév. 1927
- MOSÈS. — « Tumeurs leucémiques du lobule », *Leitsch. für Ohren. in Ann.*, 1924, p. 489.
- NEUMAN. — « Tumeur du conduit », *Ann.*, 1904, p. 492.
- « Tumeur de l'acoustique », *Ann.*, 1912, p. 186.
- NEUHART. — « Cancer de l'oreille moyenne », *Laryng.*, juillet, 1917, *Revue de laryng.*, 1920.
- NICOLAI. — « Sarcome primitive de l'oreille moyenne », in *Ann.*, 1910, p. 42.
- NOVAK. — *Epithelioma du conduit amélioré par la curietherapie*, III^e Congrès de Soc. Tchecosl., juin 1924.
- NURENBERG. — « Surdité et absence de réaction calorique occasionnée par une tumeur de l'oreille moyenne, xx, Réunion de Soc. Allem. d'otol., juin 1911, in *Ann.*, 1912, p. 419.

- OPPIKOFER. — « Sur le cancer », *Arch. of Otol.*, août 1905, in *Ann.*, 1907, p. 475.
- PETROFF. — *Cancer du pavillon*, Thèse de Montpellier, 1901.
- POLITZER. — *Monatschrift für Ohrenh.*, XL, p. 664.
- PORTE et de la TORRE. — « Osteosarcome du rocher », *Lyon Med.*, 1924, *Revue de laryng.*, 1922.
- RAMUREZ SANTALO. — « Sur le cancer », *Arch. Int. de laryng.*, 1914, p. 175.
- RABATTU et PARTHIOT. — « Épithélioma du conduit auditif », *Presse Méd.*, 6 avril 1929.
- RENDU. — « Épithélioma de l'oreille moyenne », *Presse Méd.*, 27 nov. 1929.
- RETROUVEZ. — « Les tumeurs malignes de l'oreille », *Revue de laryng.*, 15 et 31 mars 1928.
- RITTER. — « Carcinome de l'oreille moyenne », *Soc. berl. d'otol.*, 1909, in *Ann.* 1910, p. 183.
- SCHWARZ. — *Handbuch für Ohrenheilkunde*.
- SECOULITCH. — « Statistique des tumeurs malignes en O.R.L. », *Revue de laryngologie*, 31 mars 1925.
- STURM. — « Épithélioma primitif de temporale », *Ann.*, 1905, p. 301.
- SUGAR. — « Cancer inopérable de la caisse », *Arch. für Ohrenheil*, Bd., 50, sept., 1900.
- SYDNEY SCOTT. — « Radiothérapie d'une tumeur maligne de l'oreille », *Ann.*, 1925, p. 1086.
- SYDOW KINDERKRANKHEITEN 1862 (in *Lyon Med.*, 1888, p. 81.
- TEXIER et LEVESQUE. — « Pièce anatomique provenant d'un cancer du rocher », *Ann.*, 1911, p. 562.
- TOURNEUVE. — « Épithéliomas de l'oreille », *Soc. de Méd. de Toulouse*, mars, 1926.
- URBANTCHITCH. — « Carcinome de l'ap. mastoïde », *Soc. autr. d'otol.*, oct., 1911, in *Ann.*, 1912, p. 551.
- VAUDIER. — « Cancer du pavillon du conduit », Thèse, Lyon, 1922.
- VERZAR. — « Sarcome de l'oreille », *Soc. Med. de Budapest*, 16 mars 1922, in *Arch. Int.*, 1923.
- VIGNE et OSADA. — « Cancer familial de l'oreille gauche », *Marseille Méd.*, 25 mai 1930.
- WISSHART. — « Cancer de l'oreille », in Toynbec, *Maladies de l'oreille*.
- ZAMI. — « Volumineux fibromes du lobule de l'oreille », *Clinique O.R.L.*, Rome 1925.



